DZISIEJSZY STAN NAUKI
O TYŁOZGIĘCIU I TYŁOPOCHYLENIU
MACICY.

Według wykładu mianego na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. w dniu 19. Lutego 1897.

NAPISAŁ

Dr. Władysław Hojnacki.

W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1897.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1897. Nr. 18 i 19.

Dzisiejszy stan nauki o tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy.

(Według wykładu mianego na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. w dniu 19. Lutego 1897).

Skreślił

Dr. Władysław Hojnacki.

Gdybyśmy z góry przyjęli jedno tylko położenie macicy, jako prawidłowe, mówi Bylicki [1]), nie wyszlibyśmy nigdy z koła przeciwieństw. Czyż bowiem możemy przypuszczać to o narządzie, którego fizyologicznym warunkiem jest ruchomość? Powyższe zdanie dostatecznie wyraża z jakiemi trudnościami spotykać się trzeba, ilekroć chodzi o przedstawienie obrazu prawidłowo leżącej macicy. Nic też dziwnego, że gdy jedni pod wodzą Schultzego [2]) kuszą się o rozstrzygnięcie tego pytania na zwłokach, lub za pomocą przeróżnych przyrządów i pomiarów, inni, jak Schauta [3]) i Martin [4]) szukają rozwiązania w licznem badaniu. Według zdania tych ostatnich macica jest wówczas w prawidłowem położeniu, gdy palec badającego bez ucisku z zewnątrz nie czuje ani przedniej ani tylnej ściany trzonu. Jednak ułożenie ciała, stan otaczających narządów, zwłaszcza pęcherza i odbytnicy, oraz zachowanie się samego miąższu macicy zmieniają już w zwy-

---

[1]) Bylicki: Ginekologia 1894.

[2]) Schultze cyt. przez Küstnera: Normale und patol. Lagen u. Bewegungen des Uterus 1885. Stuttgart.

[3]) Schauta: Die gesammte Gynaekologie 1896.

[4]) Martin cyt. przez Schautę.

kłych warunkach to położenie macicy. I tak Küstner [1]) i Penrose [2]) wykazali, że u kobiety stojącej trzon macicy opada ku dołowi, zaś część pochwowa podnosi się ku górze i tyłowi, odwrotnie bywa w położeniu leżącem. Wypełnienie znowu pęcherza sprowadza odchylenie macicy ku tyłowi, przyczem, zdaniem Küstnera (l. c.), może macica być nawet ponad miednicę małą uniesioną. I sam stan miąższu nie jest bez wpływu na położenie; już w stanie fizyologicznym silniejsze przekrwienie podczas miesiączki zmniejsza kąt między trzonem a szyją (co dawniejsi autorowie porównywali ze wzwodem prącia); wszelkie zaś powiększenia narządu sprowadzają jego obniżenie i pochylenia.

Jednak na pytanie, jakie czynniki utrzymują macicę w prawidłowem położeniu i, co zatem pośrednio wywołuje nieprawidłowe położenia, znajdujemy najrozmaitsze odpowiedzi. W jednym obozie widzimy Hodgego [3]), Schultzego [4]), Mackenrodta [5]), i Küstnera (l. c.), broniących twierdzenia, że tymi czynnikami są więzadła, mianowicie szerokie, a raczej wiązki mięśni gładkich pod niemi przebiegające (Küstner), mniej już więzadła kuprowo i pęcherzowo-maciczne (*lig. sacro et vesico-uterina*), nazwane przez Machenrodta *ligamentum transversum colli*; od czasu zaś doświadczen Mackenrodta i Ziegenspecka [6])', według których wspomniane mięśnie przyczepiają się w dolnych częściach więzów szerokich przeważnie do powięzi miednicy, przypisują i tej ostatniej wielką rolę. Drugi obóz odmawia wpływu na położenie macicy wszystkim, albo niektórym tylko więzadłom, lub wreszcie uznaje rolę ich za drugorzędną. Fritsch [7]), Fehling [8]) i Penrose (l. c.), powołując się na znaną rozciągliwość otrzewny, z której przecież przeważnie złożone są więzy (fałdy otrzewny), oraz na doświadczenie, że w prawidłowym stanie można macicę ściągnąć haczykiem na 5 ctm. i więcej ku dołowi, oraz odpowiednio ku górze ją wysunąć, odmawiają więzom jakiejkolwiek roli; dopiero patologicznie zmienione więzadła uważają za więzy,

---

[1]) Küstner: Lage und Bewegungsanomalien des Uterus u. seiner Nachbarorgane (Veit: Handbuch der Gynaekologie) 1897.
[2]) Penrose: G. B. Univ. med. Magazine, Vol. VIII. Nr. 7. 1896.
[3]) Cyt. przez Küstnera.
[4]) l. c.
[5]) Cyt. przez Küstnera.
[6]) Ziegenspeck: Archiv f. Gyn. XXXI.
[7]) Cyt. przez Schautę.
[8]) Cyt. przez Küstnera.

we właściwem słowa znaczeniu. Przeciw więzadłom przytoczyćby można jeszcze i to, że punkta obustronnego ich przyczepu (z wyjątkiem więzów okrągłych) leżą w jednej płaszczyźnie poziomej; nie jest zatem macica na nich zawieszoną chybabyśmy przypuścić mieli ich stały (toniczny) skurcz. Działać one mogą dopiero przy naprężeniach, co zwłaszcza na więzach okrągłych, przy wypełnieniach pęcherza sprawdzić można.

Schroeder [1]) i Doléris [2]) w zdrowym miąższu macicy, a Charles Bell [3]) i M. Duncan [4]) w napięciu ścian pochwy, widzą wyłączną podporę. Emmet [5]) szuka jej znowu w tkance łącznej miednicy małej a Winckel [6]), Schauta (l. c.) Ziegenspeck [7]) w naczyniach i nerwach, przebiegających w więzadłach szerokich.

Najwięcej przekonywującem zdaje się być zapatrywanie Penrosea (l. c.), łączące wszystkie powyższe czynniki w skupienie stósunków, ułatwiających każdorazowe położenie macicy, przy równoczesnem wysunięciu na plan pierwszy ciśnienia śródbrzusznego, według praw hidrostatycznych. Zdaniem tego autora trzewa brzuszne i miednicze można uważać za zawarte w zamkniętem naczyniu, w którem macica mieści się w poziomie, odpowiednim jej swoistemu ciężarowi. Śródbrzuszne ciśnienie jest zrównoważone z góry przez powłoki brzuszne, których znaczenie przyrównywa autor do błony hermetycznie zamykającej rurkę szklaną, z której, mimo odwrócenia, woda nie wypłynie, aż dopiero po odjęciu tej błony; z dołu zaś dno naczynia stanowi międzykrocze z pochwą, prawidłowo zawsze zamkniętą, a stanowiącą szparę z cechą zastawki. Zmiana stanu powłok co do siły i sztywności, oraz międzykrocza, n. p. przez pęknięcie, zmienia siłę zatrzymującą brzucha, ułatwia przystęp do pochwy powietrzu i równowaga hidrostatyczna jest już zniesioną. Zmiana położenia macicy jest teraz naturalnem następstwem, zwłaszcza przy sprzyjających innych czynnikach.

Zatrzymałem się dłużej przy położeniu macicy i mechanizmie jej podpór, by nie powtarzać znowu całej seryi

---

[1]) Schroeder: Handbuch der Frauenkrankheiten.
[2]) Doléris: Pratique med. Paris 1888.
[3]) Cyt. przez Küstnera.
[4]) Toż samo.
[5]) Emmet: Toż samo.
[6]) Cyt. przez Küstnera.
[7]) l. c.

zapatrywań nad sposobem powstawania zboczeń macicznych. I tutaj bowiem spotykamy autorów, chcących bezwzględnie winę zwalić na zwiotczenie więzadeł, mające powstawać w połogu. Tym jednak słusznie odpowiada Bylicki (l. c.), że wprawdzie rzadziej spotykamy odchylenia u kobiet, które nie rodziły, jeżeli jednak zważymy, że ilość ogólna chorych bezdzietnych jest mniejszą i mniej ich zgłasza się do lekarza, to częstość odchyleń znacznie się u nich powiększy. Rzadko też zresztą stwierdzamy odchylenie w połogu. I tutaj pojęcie zwichniętej równowagi ciśnienia śródbrzusznego, przy istnieniu sprzyjających poniżej skreślonych okoliczności, tłómaczy nam dostatecznie mechanizm powstawania tyłozgięć.

Do spraw, których znaczenie w powstawaniu tyłozboczeń jest ogólnie uznanem, w pierwszym rzędzie zaliczyć trzeba poród i połóg ze wszystkiemi następstwami, jak: zwiotczenie powłok brzusznych, pęknięcia międzykrocza, połogowe zapalenie przy- i omaciczne, głębokie naddarcia szyi (*parametritis anterior*) i martwice (*necrosis*) uciskowe (nierzadko spotykamy odgięcia obok przetok), zaparcie stolca, przepełnienia znużonego pracą porodową pęcherza, dłuższe leżenie na wznak i t. p. Schultze (l. c.) upatrywał przyczynę w połogowem zapaleniu przymacicznem tylnem, (w okresie ustępującego wysięku), a Martin [1]) znowu w niezupełnem przeobrażeniu wstecznem przedniej ściany macicy, spowodowanej przyczepinami pozostałych resztek ogniska. Zdania ich jednak pozostały odosobnionemi.

Bezsprzecznie w etyologii odgrywa wielką rolę także rzeżączka, sprowadzająca w następstwie mniej lub więcej ograniczone zapalenie otrzewnej miedniczej (*perisalpingitis*, *perioophoritis*), zrosty, przytrzymujące macicę w patologicznem położeniu. Pozzi [2]) stąd wnosi, że w $^{9}/_{10}$ przypadków, obok tyłozboczeń, mamy zapalenie trąbki (*salpingitis*).

Dalej zaliczyć tutaj trzeba niedostateczny rozwój macicy, jakoteż przewłoczne sprawy nieżytowe, towarzyszące niedokrewności i blednicy (działają one drogą zwiotczenia ścian macicy), a z rzadszych, skrócenie przedniej ściany pochwy, jako błąd wrodzony, lub zanik starczy, [Grenser [3]) i Ruge [4]) podają 2 przypadki odgięcia u noworodków], małe

---

[1]) Martin: Deutsche medic. Wochenschrift 1889, Nr. 39.
[2]) Pozzi: Traité des maladies des femmes, 1896.
[3]) Grenser: Arch. f. Gyn. T. X.
[4]) C. Ruge: Zeit. f. G. und G. T. II.

guzy w jamie Douglasa, odpychające szyję ku przodowi, zakorzeniony zwyczaj przetrzymywania moczu (Bylicki l. c.), *coitus reservatus* (Schauta l. c.), *impotentia maritum* (Hildebrandt [1]), samogwałt (Fritsch l. c.) i t. p.

Wreszcie wspomnieć trzeba, że tyłozboczenia mogą powstać i nagle przez gwałtowne wstrząśnienie ciała, np. upadnięcie w postawie siedzącej.

Przechodząc do anatomii patolog. i objawów tyłozboczeń, nadmienić muszę, że stanu tyłozgięcia z rozmysłu nie oddzielam od tyłopochylenia; te dwa bowiem cierpienia zwyczajnie razem się schodzą. Tyłozgięcie tylko wówczas nie towarzyszy tyłopochyleniu, gdy macica w części szyjnej jest sztywną (jędrną), jak to bywa niekiedy u dziewic, a u wieloródek, w następstwie spraw zapalnych miąższu macicy. Tak samo też większość autorów do tyłozboczeń przywiązuje konieczność równoczesnego przynajmniej obniżenia macicy.

Co do objawów, to trzeba przyznać wraz z Schroederem (l. c.), że są przypadki, które żadnych nie sprawiają dolegliwości; zdarza się to, gdy macica jest mała, wiotka, n. p. w wieku przejściowym, u kobiet karmiących i gdy nie ma żadnych powikłań zapalnych. Z reguły jednak przypadłości bywają ciężkie, a zawisłe są one przeważnie od tych powikłań, które, jak w etyologii tyłozgięcia zajmują dominujące stanowisko, tak też mogą być i przypadkowemi, albo nawet i następstwem tyłozboczeń.

Zwłaszcza należałoby tu podnieść stany zapalne trąbek a jeszcze częściej jajników (*Oophoritis corticalis* i *Hydrops folliculorum*), oraz zmiany następowe w samej macicy. Pochodzenie tych ostatnich tłómaczą Küstner (l. c.) i Schauta (l. c.) tem, że przy tyłozboczeniu następuje skręcenie więzów szerokich i w nich biegnących naczyń mniej więcej o 90^0, a najwięcej na tem cierpiące naczynia żylne wywołują przekrwienie bierne z całym obrazem krwotocznego zapalenia macicy i jej błony śluzowej (Skałkowski [2]). Ze zwykłych zatem objawów mieć już będziemy krwawienia (przynajmniej miesiączkę krwotokową), uczucie pełności, ciężaru i parcia ku dołowi, bóle w krzyżach, ucisk na odbytnicę i na pęcherz (zatrzymanie moczu niezupełne, zwłaszcza przy tyłopochyleniu). Zaparcie stolca tak częste przy tyłozboczeniach, jedni tłómaczą równoczesnem obniżeniem jajników w zatokę Dou-

---

[1]) Cyt. przez Schautę.

[2]) Skałkowski: Przegląd Lekarski 1894. Nr. 38.

glasa, gdzie przychodzi do ich obrzmienia i znacznych boleści przy przesuwaniu się kału; drudzy widzą powód w niedowładzie odbytnicy wywołanym odruchowo, za czem świadczy to, że nie zawsze po odprowadzeniu macicy on ustaje i, że niekiedy chore doznają ulgi podczas miesiączki, lub po zastąpieniu.

Dalej mamy przy tyłozgięciach przeróżne objawy nerwowe, które najczęściej odnieść trzeba do towarzyszącej tyłozgięciom histeryi. Tu należą rwy, trudny chód, naśladujący niekiedy porażenia obustronne (może być przyczyną także obrzmiała macica, uciskająca na nerwy ruchowe dolnych kończyn), ciągły ból głowy, uważany przez Olshausena [1]) za stały objaw, kaszel i t. p. Spotyka się także zaburzenia żołądkowe, występujące pod postacią trudnego trawienia. Takie przypadki opisali Leyden [2]), Braun [3]), Müller [4]), Pomecki [5]) i Kisch [6]). Dłuższy czas trwające wymioty, wyleczone naprawieniem położenia macicy, podają Kiderlen i Bylicki (l. c). Kisch nawet wymyślił nazwę „*dyspepsia uterina*“; słusznie jednak mówi Jaworski [7]), że związek tych cierpień bywa nadużywanym.

Do bardzo rzadkich wreszcie przypadków zaliczyć trzeba: pląsawicę (Schröder l. c.), dychawicę (Chrobak [8]), bezgłos (Koerer [9]), padaczkę macinniczą (Sielski [10]), które to cierpienia, po przywróceniu prawidłowego położenia macicy ustępują.

Co do niepłodności kobiet dotkniętych odgięciami macicy, to reguły tu nie ma żadnej. U kobiet, które nie rodziły, tyłozboczeniom towarzyszy zwykle bezpłodność obok bolesnej miesiączki; u matek następuje często poczęcie, a jeżeli jest bezpłodność, to powodu jej szukać trzeba w zapaleniu błony

---

[1]) Cyt. przez Bylickiego.
[2]) Cyt. przez Theilhabera z Monachium: Münchener medic. Wochenschrift. Nr. 47.
[3]) Cyt. przez Theilhabera z Monachium: Münchener medic. Wochenschrift Nr. 47.
[4]) Cyt. przez Theilhabera z Monachium: Münchener medic. Wochenschrift. Nr. 47.
[5]) Cyt. przez Jaworskiego.
[6]) Cyt. przez Schauta.
[7]) Jaworski: Dyspepsia sexual. art. Przegl. lek. 1896. Nr. 3.
[8]) Cyt. przez Pozzi'ego.
[9]) Cyt. przez Pozzi'ego.
[10]) Centr. f. Gyn. 1888.

śluzowej macicy, albo, jak to przypuszczają Schröder (l. c.) i Martin (l. c.) w zapaleniu przymacicznem. W zapaleniu błony śluzowej macicy leży przyczyna stósunkowo częstych poronień przy tyłozgięciach.

Przed terapią wspomnę jeszcze w krótkości o częstości tyłozboczeń, na podstawie nielicznej zebranej statystyki:

Sänger[1]) na 700 chorych podaje 108 tyłozboczeń czyli 15·14%.

Winkel[2]) oblicza na 19·10%.

Löhlein[3]) oblicza na 17·18%.

Świtalski[4]) na 4492 chorych podaje 654 tyłozboczeń, czyli 14·5%.

Vedeler[5]) na 3012 chorych podaje 527 tyłozboczeń, czyli 18%.

W terapii uwzględnić trzeba przedewszystkiem postępowanie zapobiegawcze, stósownie do podanych w etyologii przyczyn. Tu zatem należą pielęgnacya podczas ciąży, porodu i połogu, baczenie na całość międzykrocza, czuwanie nad dokładnem zwijaniem się macicy, wczesne wyprożnienia pęcherza i odbytnicy, leżenie od 5 dnia połogu na boku, opaska brzuszna, wczesne usuwanie niedokrewności i t. p.

Przed przystąpieniem do właściwego leczenia, należy zadać sobie pytanie, co i kiedy właściwie najpierw mamy leczyć?, widzieliśmy bowiem, że tyłozboczenie jest często następstwem innych cierpień, których objawy przeważają. Ztąd wielu autorów, a między nimi Pozzi (l. c.), Trairié i Quénu[6]), radzi najpierw leczyć powikłania, jeżeli one istnieją, jak zapalenie macicy, zapalenia przymaciczne, trąbek, zeszywać międzykrocze, a potem dopiero reponować i ustalać macicę. Pozzi kładzie nacisk na leczenie zapalenia macicy przez wyłyżeczkowanie, wstrzykiwania, a ewentualnie nawet i amputacyę szyi, twierdząc, że po tej ostatniej spostrzegał repozycyę dobrowolną macicy tyłozgiętej.

Leczenie samego tyłozgięcia rozpada się na 2 akty: przywrócenie prawidłowego położenia (*repositio*) i ustalenie w tem położeniu (*fixatio*).

---

[1]) Cyt. przez Pozzi'ego.
[2]) Cyt. przez Pozzi'ego.
[3]) Cyt. przez Świtalskiego.
[4]) Świtalski: Ventrofixatio uteri. Przegl. lek. 1894. Nr. 38.
[5]) Vedeler: Kleine Statistik über die Lageveränderung. 1896.
[6]) Cyt. przez Pozzi'ego.

Pomijając z braku miejsca technikę repozycyi, wymienię tylko metody, zaznaczając przy sposobności, że podczas ciąży następuje już niekiedy dobrowolna repozycya, chociaż najczęściej po porodzie dawne cierpienie powraca. Metody te są: dwuręczna (przez pochwę lub odbytnicę i od strony powłok brzusznych) w położeniu na wznak, na boku, lub *à la vache* (*reposition spontanée aërienne* Courtyego); gdy to nie pomaga, pociąganie według Küstnera (l. c.) kleszczykami za przednią wargę, usiłując równocześnie dojść przez pochwę poza trzon macicy, a w końcu, z pomocą sondy, pręcików Hegara i Amana, albo umyślnie do tego pomyślanych repozytorów Simsa, Sielskiego i Müllera z San Francisco. Przeciwko tej metodzie instrumentalnej (sonda) występuje coraz więcej autorów, a Küstner (l. c.) Schauta (l. c.) i Pozzi (l c.) przypisują jej niejedno nieszczęście z powodu zranienia, lub nawet przebicia macicy.

Wszystkie te sposoby wystarczają zwykle tylko przy tyłozboczeniach wolnych; w razie zaś zrostami przymocowanej macicy pozostaje nam mięsienie Thure-Brandta, zwłaszcza t. zw. *Uterushebung-Uteruslüftung*, polegający na stopniowem naciąganiu zrostów, a dający niekiedy świetne wyniki (jak to na przypadkach Fellnera [1]) przekonać się można), oraz prąd przerywany, o którym donoszą Munde, Massey, Passeron i Regnier [2]). Zacząwszy od 15—30 mil. a. i od kilku przerywań na minutę, a dochodząc aż do 100 przerw i więcej przy zwiększonej sile prądu, ma się osiągać, według nich, znaczne rozluźnienie.

W końcu, jako przejście do leczenia operacyjnego, należy wymienić coraz więcej potępiany sposób Schultzego rozrywania zrostów w uśpieniu, o którym Schauta (l. c.) mowi: *„est fehlt hier der Wächter der Gesundheit, der Schmerz“*. Pozzi i inni radzą go przynajmniej nie używać przy towarzyszącem zapaleniu trąbek, a w każdym razie być zawsze przygotowanym do laparatomii.

Do ustalenia zreponowanej macicy służyć nam mogą w pierwszym rzędzie krążki (nie mówiąc już o tamponach). Z wielkiej ilości najwięcej cenione są: Thomasa i Hodgego, przy opornej pochwie ósemkowy Schultzego (działający bez-

---

[1]) L. Fellner: Klin. Beitr. zur Thure-Brandt. Behandl. der weibl. Sexualorg. Wien 1890.

[2]) L. R. Regnier: Traitement des mal. des femmes par l'électric. Paris 1896.

pośrednio na szyję), przy szerokiej pochwie i zwiotczałem międzykroczu t. zw. *Schlittenpessar* Schultzego i do niego podobny niedawno zalecony krążek Vulieta, wreszcie świeżo podany krążek Bourcarta [1]) z Genewy, kształtem podobny do krążka Hodgego, w tylnej części jednak niepołączony, z przodu rozciągany sprężynką; ma on nie ugniatać odbytnicy, podnosić więzy szerokie i pozwala dobrze tamponować. Wychodzą z użycia krążki Olshausena, Schrödera, Meyera i krążki wewnątrzmaciczne.

Nie zawsze jednak udaje się oddzielić zrosty utrzymujące macicę w tyłozboczeniu i częstokroć też, mimo repozycyi i krążków, wraca ona w patologiczne położenie. W takich razach pozostają nam zabiegi operacyjne. Odkładając na koniec ich ocenę i wskazania, tutaj tylko ograniczę się na chronologicznem wyliczeniu metod, z podaniem zasady i ewentualnych modyfikacyj.

Pierwszą z kolei, bo już od roku 1840 datującą się, jest operacya Alquié-Alexander-Adamsa, polegająca na ukróceniu więzadeł okrągłych w części, przebiegającej w przewodzie pachwinowym, z dwoma cięciami skórnemi, poprowadzonemi równolegle do więzu Pouparta. Modyfikacye podali: *a*) Casati [2]) proponuje jedno cięcie, łączące oba przewody pachwinowe; *b*) Gardener [3]) wiąże oba wyciągnięte więzadła przed wzgórkiem łonowym; *c*) Second [4]) przewiązuje więzadła przez porobione w powięzi powierzchownej otworki; wreszcie *d*) Roux [5]), który szeroko rozdziela przewód pachwinowy, by łatwiej i bezpieczniej wyciągnąć więzadła; tak operują obecnie Edebohls [6]), Werth [7]), Kocher [8]), Küstner i inni.

Dalej następują operacye wykonywane przy zastósowaniu laparotomii:

1) *Ventrofixatio* t. j. przymocowanie macicy do powłok brzusznych, wprowadzone w r. 1886 przez Olshausena: *a*) sam Olshausen [9]) prowadzi szwy przez rogi macicy w miejscu wyjścia więzadeł okrągłych i przez otrzewnę, mięśnie

---

[1]) Bourcart. Annales de gynecologie 1895.
[2]) Cyt. przez Küstnera.
[3]) Gardner-Transakt. intercol. med. Congr. Austr. 1887.
[4]) Cyt. przez Küstnera.
[5]) Roux. Gaz. de gynéc. Paris 1889. IV.
[6]) Cyt. przez Küstnera.
[7]) Cyt. przez Küstnera.
[8]) Cyt. przez Küstnera.
[9]) Centr. f. Gyn. 1886.

i powięź powierzchowną dolnego kąta rany; *b*) Czerny [1]) i Leopold [2]) prowadzą szwy przez przednią ścianę macicy i dolny kąt rany; *c*) Matłakowski [3]) obok przyszycia macicy skraca jeszcze więzadła okrągłe; *d*) Switalski (l. c.) przechodzi szwami przez górny brzeg tylnej ściany macicy; *e*) Kaltenbach [4]), a ostatnio Czempin [5]) radzą zakładać szwy z cięcia brzusznego, bez otwarcia otrzewny, *f*) Küstner (l. c.) przyszywa szwy, idące płytko przez miąższ macicy, do powłok, obok rany, nie zajmując skóry. Każdy niemal operator czyni swoje poprawki, jak i zachwala inny materyał do szycia.

2) Jako osobną metodę można przyjąć t. zw. *Vesicoventrofixatio uteri*, niedawno podaną przez Wertha (l. c), a polegającą na zaszyciu *plica vesico-uterina*, oraz przyszyciu macicy do powłok metodą Olshausena (strzeże ona przed zaklinowaniem się jelit między macicą, a powłokami). Dodatnie wyniki podają o niej także Sänger [6]) i Mackenrodt [7]).

3) Niedawna, a już nieużywana operacya skrócenia więzów kupro-macicznych, podana przez Frommla [8]).

W końcu następuje dział operacyj najwcześniejszych od strony pochwy, którą to drogę wskazała już całkiem pogrzebana operacya Schückinga. Z nieużywanych już prawie w tym dziale, wspomnieć trzeba o t. zw. *peritonealfixatio cervicis* ku tyłowi Freuda i skracaniu fałdów Douglasa przez tylne sklepienie Sängera.

Dalej mamy: 1) w r. 1892 podaną przez Mackenrodta i Dührssena *vaginofixatio uteri* (*coeliotomia vaginalis*). Pierwszy podał cięcie w postaci litery T, drugi tylko poprzeczne w sklepieniu przedniem *a*) podłużne znowu tylko cięcie prowadzi Vineberg [9]) z New-Yorku. *b*) Winter [10]) dodał modyfikacyę wycinania błony śluzowej pochwy, w celu napięcia punktu przyczepu. *c*) Steinbüchel [11]) zaś nie narusza otrzewny zakładając szwy w macicy, po oddzieleniu i uniesieniu otrze-

---

[1]) Beitr. z. klin. Chirurgie 1888. IV.
[2]) Centr. f. Gyn. 1888 i 1891.
[3]) Przegl. lekarski 1889.
[4]) Cyt. przez Küstnera.
[5]) Cyt. przez Küstnera.
[6]) Centr. f. Gyn. 1894.
[7]) Centr. f. Gyn. 1894.
[8]) Centr. f. Gyn. 1890.
[9]) Centr. f. Gyn. 1896. Nr. 33.
[10]) Centr. f. Gyn. XVII.
[11]) Centr. f. Gyn. XVII.

wny, *d*) Boileux [1]) wreszcie robi najpierw podłużne cięcie w sklepieniu tylnem pomiędzy więzy kupro-maciczne w celu oddzielenia zrostów.

2) Tych samych autorów *vesico-fixatio vaginalis* [2]),

3) Skrócenie więzów okrągłych od strony pochwy, podane przez Bodego [3]) i Wertheima [4]). Bode wycina kawałki więzów okrągłych i łączy końce odcięte, gdy Wertheim wszywa końce w ranę pochwową.

4) Skrócenie więzów szerokich (*cardinalia*) z przedniego sklepienia podane przez Kocksa [5]).

5) Skrócenie więzów okrągłych i kupro-macicznych przez *coeliotomia vaginalis anterior* Wertheima i Mandla [6]). Działanie tej operacyi polega na silnem podniesieniu całej macicy i na silnem przodopochyleniu.

6) Przez Pryora [7]) z New-Yorku rozcięcie tylnego sklepienia, oddzielenie zrostów, ściągnięcie macicy w Trendelenburgu i tamponada poza szyję.

Wszystkie wyliczone operacye mają ten wspólny błąd, że nie nadają macicy fizyologicznego położenia i nie przywracają jej pierwotnej ruchomości [8]). Wyniki ich są niejako połowicze, ledwo poprawiające. Nadto niejedna z nich dźwiga na sobie szereg poważnych zarzutów, tyczących się sprowadzania następowych zaburzeń w czynnościach fizyologicznych macicy. Te uwagi przynajmniej spotyka się na każdym kroku, odnośnie do wentrofiksacyi i waginofiksacyi, które obok operacyi Alquié-Alexander-Adamsa zyskały największe rozpowszechnienie. Ale ścierające się wprost przeciwne opinie autorów, obok dat statystycznych ogłoszonych za i przeciw, pozwalają wraz z Sippełem [9]) i Küstnerem (l. c.) wnioskować, że wielka część złego nie tyle zależy od samych metod, ile

---

[1]) Cyt. przez Küstnera.

[2]) Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. XXXIV. z. 1.

[3]) Centr. f. Gyn. 1896. Nr. 13.

[4]) Centr. f. Gyn. 1896. Nr. 10.

[5]) Centr. f. Gyn. 1896. Nr. 32.

[6]) Centr. f. Gyn. 1896. Nr. 18.

[7]) Ref. w Centr. f. Gyn. 1896.

[8]) W ostatnim numerze Centr. f. Gyn. z dnia 13. Marca 1897 ogłasza Elischer nową metodę operac. lecz. retroflexyi przez przyszycie oddzielonego płatka przedniej ściany miąższu do okrwawionego miejsca na cervix. Byłby to najracyonalniejszy sposób leczenia, naprawą położenia przez działanie na samą macicę z pozostawieniem jej fizyol. ruchomości.

[9]) Centr. f. Gyn. 1896. Nr. 47.

raczej od sposobu wykonania, od wskazań i warunków operacyjnych.

W szczególności operacyi Alquié-Alexander-Adamsa zarzucają: częste nawroty (Hirt[1]) na 47 p. nawrotów 6; Werth na 48 p. nawrotów 2.), trudne niekiedy wyszukanie więzadeł okrągłych (Sławiański[2]) i inni), powodowanie przepuklin (Hofmeyer[3]) przez wgłobienie wyrostka otrzewnowego w wewnętrzny pierścień kanału, pooperacyjne nerwobóle przy chodzeniu (utrudnienie chodu) i w końcu oszpecanie 2 bliznami. Powikłań następowych w ciąży i porodzie po tej operacyi nie zauważono. W przypadkach wolnego, opierającego się wszelkiemu leczeniu tyłozgięcia, przy osiągnięciu rychłozrostu, przy zatrzymaniu pacyentki najmniej 10 dni w łóżku (Aleksander, Pozzi, Schauta, Küstner i t. p.) podparciu macicy krażkiem przez kilka tygodni (Aleksander, Pozzi, Hofmeyer i Küstner), albo za radą Dolérisa tamponowaniem gaza, oraz w końcu przy użyciu modyfikacyi Werth-Kochera (Küstner[4]), można jednak uniknąć powyższych nieprzyjemności. Ztąd operacya ta, mimo że byt jej zagroziło ukazanie się metod Bodego i Wertheima (dających jedną ukrytą ranę, łatwy dostęp do więzów okrągłych i do ewentualnych zrostów), cieszy się dotąd powszechnem uznaniem.

Nieco inaczej rzecz się ma z wentrofiksacyą. Na 779 przypadków tej operacyi, jakie zdołałem zebrać w przystępnej mi literaturze (Schauta 77[5]), Sänger 2[6]), Szepers 178[7]), Baudoisin 255[8]), Świtalski 12[9]), Mülender 54[10]), Rühl 73[11]), Jacobs 60[12]), Szwarz 46[13]), Sippeł 16[14]), Fleischlen 3[15]), Gottschalk 3[16]) przypada 3 przypadki śmierci, 18 spostrzeganych później nawrotów i z 85 później obserwowanych

[1]) Ostatni Kongres gin. w Genewie.
[2]) Cyt. przez Küstnera.
[3]) Gynäkologische Operationen.
[4]) Kongres gin. w Genewie.
[5]) l. c.
[6]) Cyt. przez Pozziego.
[7]) Cyt. przez Świtalskiego.
[8]) Frommels: Jahresbericht 1890.
[9]) l. c.
[10]) Ref. w Centr. f. Gyn. 1896. Nr. 2.
[11]) Centr. f. Gyn. 1896. Nr. 6.
[12]) Cyt. przez Pozziego.
[13]) Kongres gin. w Genewie.
[14]) l. c.
[15]) Ref. w Zeit. f. Geb. und Gyn. 1896. XXXIV. 1.
[16]) Ref. w Zeit. f. Geb. und Gyn. 1896. XXXIV. 1.

ciąż i porodów, 19 następstw mniej lub więcej ciężkich, jak: poronienie, nieprawidłowe położenia, przeciąganie się okresów porodowych, nadmierne rozciągnięcie tylnej ściany i t. p. Szczegółowo biorąc te 89 spostrzeganych porodów podają: Mülender na 54 porody 4 kleszcze, 2 cięcia cesarskie, 4 obroty, 1 ekstrakcya, reszta prawidłowych; Jacobs 5 poronień, ale 17 kilkakrotnych, nawet prawidłowych porodów; Gottschalk 1 poronienie, a 2 porody prawidłowe, Küstner 2 poronienia, Fleischlen 3 prawidłowe porody, (u wszystkich 3 była przed wentrofiksacyą bezpłodność).

Zatem odsetek powikłań jest dość znaczny, by zrozumieć zarzuty czynione w tym kierunku wentrofiksacyi. Ale podnieść trzeba, że niemal wszystkie te ciężkie powikłania miały miejsce po przyszyciu macicy szwami, głęboko przez jej miąższ prowadzonymi. Nie zdarzało się to ani razu n. p. po modyfikacyi Olshausena. Ale nawet prowadząc szwy przez sam trzon macicy, byle jaknajpłyciej, jaknajniżej przez macicę, (by pozwolić jej rosnąć podczas ciąży), a jaknajwyżej przez powłoki brzuszne, można uniknąć przykrych następstw. Tę myśl konkretnie wyraził Sippeł i na to się zgadza większa część autorów. Od czasu uwzględniania tych zasad i używania przeważnie metody Olshausena, donoszą prawie wyłącznie o szczęśliwych przebiegach porodów, n. p. Leopold [1]), Mayer [2]), Terrier [3]) i inni. Lintwors [4]) z Upsali donosi nawet o prawidłowym porodzie bliźniaczym.

W przypadkach tyłozgięcia ustalonego, zwłaszcza przy obszernych zrostach oraz jako operacya okolicznościowa (przy laparatomii dla innych wskazań) pozostaje wentrofiksacya mimo wszystkiego, na pierwszem miejscu, co też na ostatnich zjazdach ginekologów w Genewie i przyrodników w Frankfurcie stwierdzono.

Na zakończenie kilka słów o waginofisasyi, o której Leopold pisał: *sie erziehlt alles andere, nur gerade das nicht, dass sie den retroflectirten Uterus in eine korrecte, oder wenigstens bessere Lage bringt, als die frühere war.* Prócz mało znaczących powikłań ze strony pęcherza, operacya ta jest potępianą, również wskutek złych wpływów na następne porody. Jeżeli jednak przy wentrofiksacyi takie przypadki były

[1]) Centr. f. Gyn. 1891.
[2]) Cyt. przez Pozziego.
[3]) Cyt. przez Pozziego.
[4]) Kongres gin. w Genewie.

nieliczne i dały się wytłumaczyć, to tutaj zewsząd donoszą o złych wynikach.

Ilość ich jest za wielka, by ją zestawiać szczegółowo; dość powiedzieć, że autorowie obliczają ilość ciężkich porodów po waginofiksacyi na 15—40%. Wszędzie prawie bywają położenia poprzeczne i nadzwyczajne rozciągnięcia tylnej ściany macicy. Jakkolwiek i tej operacyi nie brak przyjaciół, jak n. p. Fleischl [1]) z Budapesztu, Acconzi [2]) z Padwy, Pichevin [3]) z Paryża i t. p., to jednak ogół operatorów chce ją stósować tylko u kobiet starszych (*post climacterium*), a zatem w takich już przypadkach, w których nawet i wyłuszczenie macicy bywa zalecane (Küstner l. c).

O innych w ostatnich czasach robionych operacyach trudno na razie wypowiedzieć coś stanowczego; brak bowiem liczniejszych spostrzeżeń, na które zresztą krótkie ich istnienie nie pozwoliło.

---

[1]) Kongres gin. w Genewie.
[2]) Kongres gin. w Genewie.
[3]) Kongres gin. w Genewie.